

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЗДНИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И РЕЦИДИВОВ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ, РАЗВИВШИХСЯ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ПРОКТОПЛАСТИК



Шамсиев Жамшид Азаматович, Саидов Муродилло Сайфуллоевич, Атакулов Джамшед Останакулович, Махмудов Зафар Мамаджанович

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ТУРЛИ ХИЛ ПРОКТОПЛАСТИКАДАН СЎНГ, АНОРЕКТАЛ МАЛЬФОРМАЦИЯЛАРНИНГ ҚАЙТАЛАНИШИ ВА ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИН КЕЧКИ АСОРАТЛАРИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Шамсиев Жамшид Азаматович, Саидов Муродилло Сайфуллоевич, Атакулов Джамшед Останакулович, Махмудов Зафар Мамаджанович

Самарканд давлат тиббиёт институт, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

CHARACTERISTIC OF LATE POSTOPERATIVE COMPLICATIONS AND RECURRENCES OF ANORECTAL MALFORMATIONS DEVELOPED AFTER VARIOUS TYPES OF PROCTOPLASTICS

Shamsiev Jamshid Azamatovich, Saidov Murodilloy Sayfulluevich, Atakulov Djamshed Ostanakulovich, Makhmudov Zafar Mamadjanovich

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: zafarebox@mail.ru

Резюме. Бирламчи аноректопластикадан сўнг операциядан кейинги асоратлар 10% дан 60% гача етди. Турли муаллифларнинг фикрига кўра қониқарсиз натижаларнинг юқори фоизга чиқиши сабаблари операция ичидаги ятроген хатолардир. Аноректал нуқсонли 713 бола текширилди, шундан 130 нафари (18,2%) - бирламчи жарроҳликдан сўнг турли вақтларда касаллик қайталаниши билан. Қайта операция қилинган беморларнинг 47 нафари (36,2%) дастлаб клиникамизда, 83 нафари (63,8%) бошқа клиникаларда операция қилинган. Ушбу тоифадаги беморларда энг машҳур ва тез-тез ишлатиладиган жарроҳлик тури - перинеал проктопластиканинг ҳар хил турларини амалга оширгандан сўнг текширилди. Орқа чиқарув тешигини, сфинктер аппаратини такрорий жарроҳлик билан тузатиш усулини танлаш аноректал малформациянинг қайталаниши хусусиятига боғлиқ эди. Биз такрорий орқа-сагиттал ва олдин-сагиттал реаноректопластика кам жароҳатли операциялардан фойдаландик.

Калим сўзлар: аноректал мальформациялар, қайталаниши, болалар, кам жароҳатли реаноректопластика.

Abstract: After primary anorectoplasty, postoperative complications remain high, from 10% to 60%. According to various authors, the reasons for the high percentage of unsatisfactory results are intraoperative iatrogenic errors. 713 children with anorectal malformations were examined, including 130 (18.2%) - with relapses of the disease at various times after primary surgery. Of the re-operated patients, 47 (36.2%) were initially operated on in our clinic, 83 (63.8%) in other clinics. children were admitted after performing the most popular and most frequently used type of surgery in this category of patients - various types of perineal proctoplasty. The choice of the method of repeated surgical correction of the sphincter apparatus of the anus depended on the nature of the recurrence of the arm. We used low-trauma surgery for recurrent posterior-sagittal and anterior-sagittal reanorectoplasty.

Key words: anorectal malformations, recurrence, children, low-traumatic reanorectoplasty.

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), «врожденные пороки развития и преждевременные роды - важнейшие причины смертности в детском возрасте, от которых в течение первых 4 недель жизни ежегодно умирают 303000 детей». Аноректальные мальформации (АРМ) одни из самых часто встречающихся патологий среди врожденных

аномалий. По мнению ряда зарубежных специалистов летальность при АРМ составляет от 16-19% и выше. После проведенных первичных аноректопластик послеоперационные осложнения остаются высокими от 10% - 60%. По мнению различных авторов причинами высокого процента неудовлетворительных результатов являются интраоперационные

ятрогенные ошибки. В результате последнего нарушается анатомия аноректальной зоны, ее кровоснабжение, а также нарушается иннервация мышечных волокон и сфинктеров. В результате чего наблюдается зияние или наоборот стеноз ануса, который приводит к таким осложнениям, как хронические запоры или недержание кала.

Материалы и методы исследования. За период с 1989 по 2015 год включительно во 2-клинике Самаркандского Государственного медицинского института находились на лечении всего 713 ребенка с АРМ, в том числе 130 (18,2%) – с рецидивами заболевания в различные сроки после первичного хирургического вмешательства. Из повторно оперированных больных 47 (36,2%) первично оперированы у нас, 83 (63,8%) в других клиниках.

Результаты исследования. Как было вышесказано, мы располагаем опытом ведения 130 детей с поздними послеоперационными осложнениями и рецидивами АРМ, развившихся после различных видов проктопластик и требующих повторной хирургической коррекции. До поступления к нам больные перенесли от 1 до 3 безуспешных оперативных вмешательств в виде различных промежностных и брюшно-промежностных анопластик. Как правило, дети поступали после выполнения наиболее популярного и наиболее часто используемого вида операции у этой категории больных – различных видов промежностной проктопластики – таковых пациентов было 117 (90,0%). Достаточно редко рецидив АРМ мы наблюдали после чрезпромежностной экстирпации (6 случаев) и инвагинационной экстирпации по Лёнюшкину Н-фистулы (3 слу-

чая), а также брюшно-промежностной проктопластики (4) (табл. 1).

Основным клиническим проявлением рецидива АРМ у всех 130 больных было недержание кала, в том числе у 35 (26,9%) энкопрез сочетался с запорами, когда послеоперационный рубцовый стеноз ануса приводит к сильному растягиванию конечного отдела прямой кишки застойными каловыми массами, в результате чего нервные окончания и мышцы этой зоны теряют чувствительность и способность адекватно реагировать, для того чтобы удерживать каловые массы.

Анализ причин, приведших к послеоперационной несостоятельности сфинктерного аппарата прямой кишки, показал, что у 82 (63,1%) детей были допущены диагностические и тактические ошибки, а также технические погрешности (33; 25,4%) в выполнении первичных операций. И только у 15 (11,5%) больных причиной рецидива АРМ стали послеоперационные гнойно-воспалительные осложнения вмешательства (табл. 2). В связи с этим следует указать, что некоторые дети были оперированы в общехирургических отделениях районных больниц хирургами, не прошедшими специализированную подготовку по хирургическому лечению новорожденных с АРМ. Хирурги на местах зачастую плохо дифференцируют высокие и низкие формы порока, как правило, не диагностируют ректальные свищи с мочеполовой системой ребенка, и без учета этих особенностей заболевания увлекаются выполнением проктопластики промежностным доступом, что не всегда обеспечивает адекватное и радикальное устранение мальформации. Как мы указывали выше, 90% пациентов поступают именно после промежностной проктопластики (табл. 1).

Таблица 1. Виды первичных оперативных вмешательств до реаноректопластики n=130

| Виды оперативных вмешательств | Число детей | |
|--|-------------|------|
| | Абс. | % |
| Различные виды промежностной проктопластики | 117 | 90,0 |
| Чрезпромежностное экстирпация Н-фистулы | 6 | 4,6 |
| Брюшно-промежностная проктопластика | 4 | 3,1 |
| Инвагинационная экстирпация Н-фистулы по Лёнюшкину | 3 | 2,3 |

Таблица 2. Причины рецидива АРМ, n=130

| Причина | Число детей | |
|--------------------------------------|-------------|------|
| | Абс. | % |
| Диагностические и тактические ошибки | 82 | 63,1 |
| Технические ошибки | 33 | 25,4 |
| Гнойно-воспалительные осложнения | 15 | 11,5 |

Таблица 3. Локализация неоануса после первичной операции, n=130

| Локализация неоануса | Число больных | |
|----------------------|---------------|------|
| | Абс. | % |
| В типичном месте | 61 | 46,9 |
| Вне типичного места | 69 | 53,1 |



Рис. 1. Распределение детей с рецидивами АРМ по сложности порока.

К наиболее часто встречающимся техническим погрешностям операции, допускаемыми хирургами общего профиля, мы относим неадекватную мобилизацию прямой кишки промежностным доступом при надлеворных формах АРМ, когда низведенная слизистая кишки фиксируется к неоанусу с натяжением, что является основной и общеизвестной причиной послеоперационного некроза и ретракции слизистой. Не все хирурги, выполнявшие первичные операции, владеют необходимыми навыками по реабилитации этой категории детей. В частности, не соблюдают общепринятую схему послеоперационного бужирования неоануса, не направляют детей на курсы электростимуляции сфинктерного аппарата, не занимаются процедурами, направленными на повышение тонуса вновь сформированного сфинктерного аппарата.

К тому же, при первичной операции у более чем половины больных (69; 53,1%) неоанус был сформирован не в своем типичном месте, что не обеспечивало полноценное функционирование последнего и крайне затрудняло выполнение повторной реконструктивно-восстановительной операции, существенно повышала ее травматичность (табл. 3). Практически половину пациентов с рецидивами АРМ составляли дети со сложно корректируемыми формами порока – 62 (47,7%), радикальное устранение которых требовало применения технических сложных реконструктивно-восстановительных вмешательств и которые отличались высокой частотой послеоперационных осложнений (рис. 1). Наиболее оптимальным сроком выполнения реаноректопластики, на наш взгляд, является период от 1 до 1,5 лет после

наложения превентивной сигмостомы или перенесенной первичной аноректопластики. Такой временной промежуток необходим для полного купирования воспалительных явлений в аноректальной области, для нормализации диаметра и тонуса ранее расширенных дистальных отделов толстой кишки. В этот подготовительный период активно проводим комплекс консервативных мер, состоящих из послабляющей диеты, очистительных клизм, общеукрепляющей терапии. Для очищения кишечника использовали также препараты лактулозы, магнезия, пшеничные отруби и др. С целью улучшения моторики кишечника широко использовали физиотерапию (электростимуляцию толстой кишки, электрофорез с прозеринном на область живота).

Выбор способа повторной хирургической коррекции сфинктерного аппарата ануса зависел от характера рецидива АРМ. Так, у 49 (37,7%) из 130 больных мы использовали заднесагитальную реаноректопластику (ЗСАРП) (табл. 4), показанием к которой было наличие ректоуретральных и ректовестибулярных свищей. ЗСАРП обеспечивает радикальное устранение сложных свищей, открывающихся в мочеполовую систему ребенка, и адекватное восстановление анатомии анального канала.

Техника операции подразумевает пересечение кожи и мышечного комплекса тазового дна в строго сагитальной плоскости по межягодичной складке от копчика до свища в половых путях у девочек или корня мошонки у мальчиков. При этом мы стараемся сохранить мышечные структуры сфинктеров прямой кишки, раздвигая их в сторону, а не пересекая (рис. 2).

Таблица 4. Характер повторных оперативных вмешательств при рецидивах АРМ n=130

| Метод хирургической коррекции | Число больных | |
|--|---------------|------|
| | Абс. | % |
| Заднесагитальная реаноректопластика | 49 | 37,7 |
| Промежностная проктопластика с иссечением стенозирующего кольца | 32 | 24,6 |
| Сфинктеролеваторопластика | 9 | 6,9 |
| Передняя сагитальная реаноректопластика | 7 | 5,4 |
| Реимплантация анального канала | 5 | 3,8 |
| Передняя реаноректопластика при рецидивах Н-фистул | 4 | 3,1 |
| Иссечение Н-свища по Ленюшкину | 1 | 0,8 |
| Брюшно-промежностная реаноректопластика с демуккозацией прямой кишки | 23 | 17,7 |

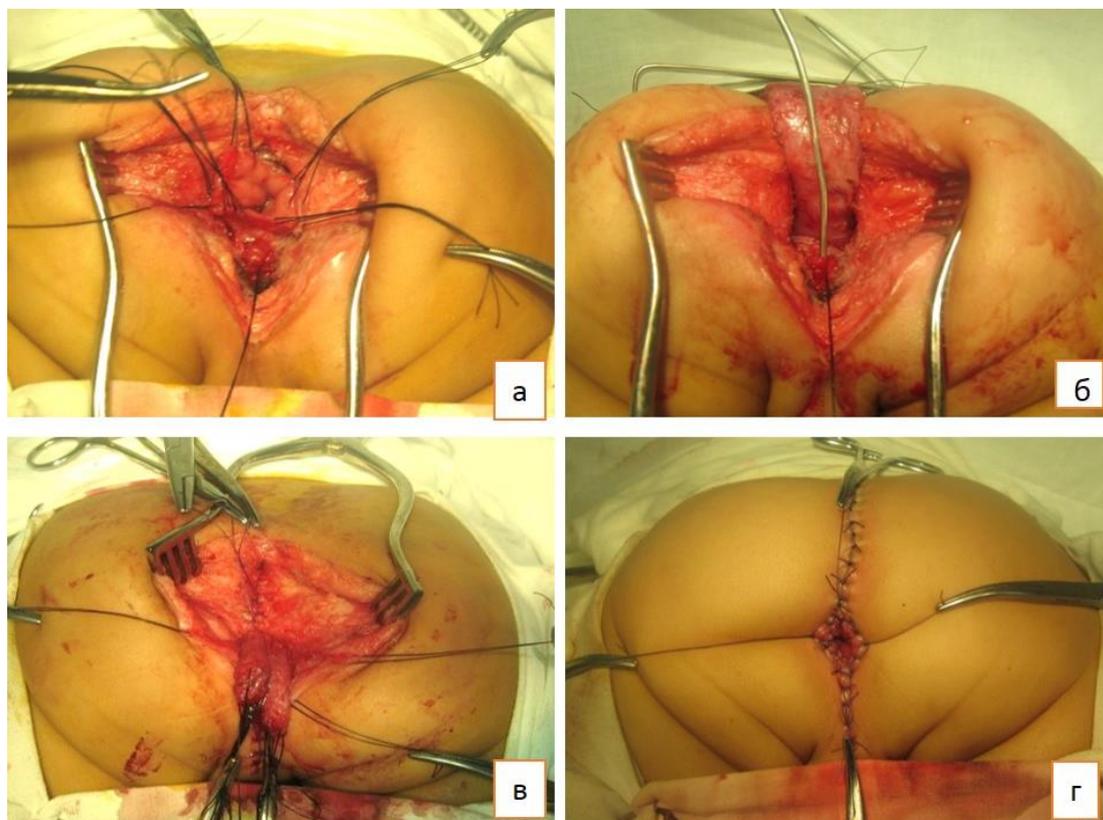


Рис. 2. Больной М. Д-з: Стеноз неоануса. Состояние после неоднократной проктопластики. Этапы заднесагитальной реаноректопластики: а) прямая кишка взята на швы-держалки; б) мобилизованная прямая кишка и катетер в отсеченном ректоуретральном свище; в) прямая кишка уложена в центр мышечного комплекса, уретра ушита; г) конечный вид.

При выраженной дилатации прямой кишки у 12 (24,5%) детей из 49 возникли технические сложности, обусловленные несоответствием диаметров прямой кишки и анального канала, в связи с чем у них выполнена частичная резекция задней стенки низводимого сегмента кишечной трубки по А.Рена.

При выполнении ЗСАРП интраоперационно, промежуточная по отношению к мышцам леваторов форма заболевания выявлена у 24 (49,0%), а низкая форма – у 25 (51,0%) детей. Среди разновидностей свищей наиболее часто обнаруживали вестибулярные (у 16 (32,7%) детей) и ректоуретральные (15; 30,6%) свищи, нередко выявляли перинеальные свищи (4; 8,2%). Ректоуретральные свищи требовали выполнения уретропластики. Неперфорированный анус констатирован у 13 (26,5%) больных. У 1 (2,0%) ребенка имелась клоака с общим каналом менее 3 см, в связи с чем выполнена тотальная урогенитальная мобилизация и уретровагинопластика.

В 3 (6,1%) случаях из 49 заднесагитальная реаноректопластика дополнена удалением выявленных в аноректальной области пресакральной кисты (рис. 3), крестцово-копчиковой тератомы и липомы.

Методы промежностной реаноректопластики без пересечения лонно-прямокишечной мышцы выполнены всего 58

(44,6%) детям с, так называемыми, легко корригируемыми рецидивными пороками (см. табл. 5.).

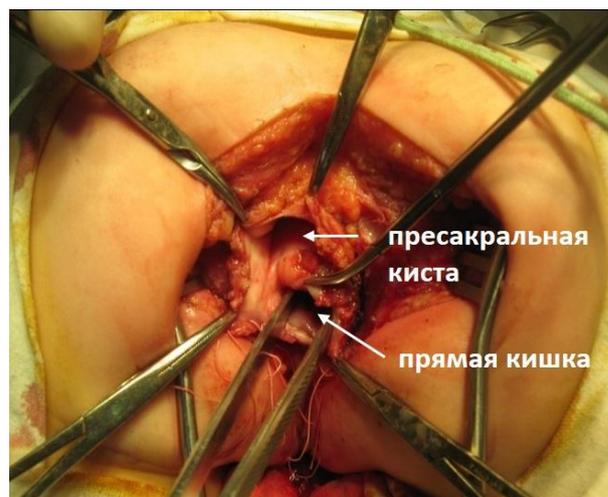


Рис. 3. Удаление пресакральной кисты при выполнении заднесагитальной реаноректопластики.

У этой категории больных преобладали выраженный стеноз неоануса, у которых оптимальным явилось иссечение стенозирующего кольца с низведением нормального участка слизистой прямой кишки промежностным доступом – промежностная проктопластика в модификации клиники. Этот метод мы использовали у 32 (55,2%) детей. Отличительной особенностью, предлагае-

мой нами модификации проктопластики является низведение предварительно мобилизованной слизистой прямой кишки в зону вновь сформированного неануса. Этот технически несложный прием, предусматривающий мобилизацию слизистой прямой кишки всего на 0,5-0,7 см в проксимальном направлении от границы нормального участка, что позволяет надежно укрыть линию шва и обеспечивает, тем самым, надежную профилактику рецидива стеноза.

У 9 (6,9%) детей с локальным повреждением мышц сфинктера, но не более 1/3 окружности наружного сфинктера мы ограничились сфинктеропластикой (4) и сфинктеролеваторопластикой (5), как наиболее простой, малотравматичный и эффективный у этой категории больных способ реаноректопластики (рис. 4).

Другой малотравматичной операцией при рецидивах АРМ, развившихся после первичных операций по поводу перинеальных и вестибулярных свищей, считается передняя сагиттальная реаноректопластика (ПСАРП), которая применена у 7 (5,4%) больных, в том числе у 5 с рецидивами вестибулярного свища и у 2 с ретракцией прямой кишки со стенозом. При выполнении ПСАРП не повреждаются леваторы прямой кишки, само вмешательство осуществляется через небольшой разрез, что является несомненными преимуществами этой операции (рис. 6). Однако, эта методика имеет и ряд отрицательных сторон: 1) малый разрез затрудняет выполнение этапов реаноректопластики при промежуточном типе расположения прямой кишки (ректоуретральные свищи, клоака); 2) расширенная прямая кишка может создать некоторые технические сложности при формировании неануса; 3) наличие рубцовых изменений прямой кишки и деформации промежности и анального канала резко ограничивают использование этого метода.

У 5 (3,8%) детей с полным заращением в послеоперационном периоде анального канала выполнено достаточно сложное и травматичное вмешательство – реимплантация анального канала. Восстановительные операции по поводу рецидивов Н-фистулы выполнены 5 (4,9%) детям, в том числе 4 пациентам – передняя реаноректопластика (рис. 5) и 1 больному – иссечение Н-свища по Ленюшкину.

В первые годы освоения методов хирургического лечения рецидивных форм АРМ у 23 (17,7%) детей мы использовали брюшно-промежностную реаноректопластику (БПРАП) с демукозацией прямой кишки (см. табл. 5. Рис 6, 7), от которого в последующем мы были вынуждены отказаться в связи с высокой частотой неудачных результатов.



Рис. 4. Сфинктеролеваторопластика передней порции наружного сфинктера



Рис. 5. Передняя реаноректопластика. Объяснения в тексте.

Пороки у этих детей относились к низким и промежуточным формам. В частности, недержание кала, обусловленное коррекцией вестибулярного свища было обнаружено у 4 детей, перинеального свища – у 6, ректоуретрального свища в бульбарную уретру – у 5, рецидива ректовестибулярной Н-фистулы – у 1 ребенка, клоаки общим каналом <4 см – у 2, неперфорированного ануса – у 5 детей.

Поэтому, при проведении БПРАП, в большинстве случаев, вмешательства мы дополняли операцией в модификации А.И.Лёнюшкина, которая заключается в выведении и фиксации низведенной прямой кишки за пределами анального кольца на 4-5 см с целью защиты кожной раны (рис. 7, 8, 9). Через 10-14 дней культю отсекаем, а слизистую фиксируем к краю кожной раны.

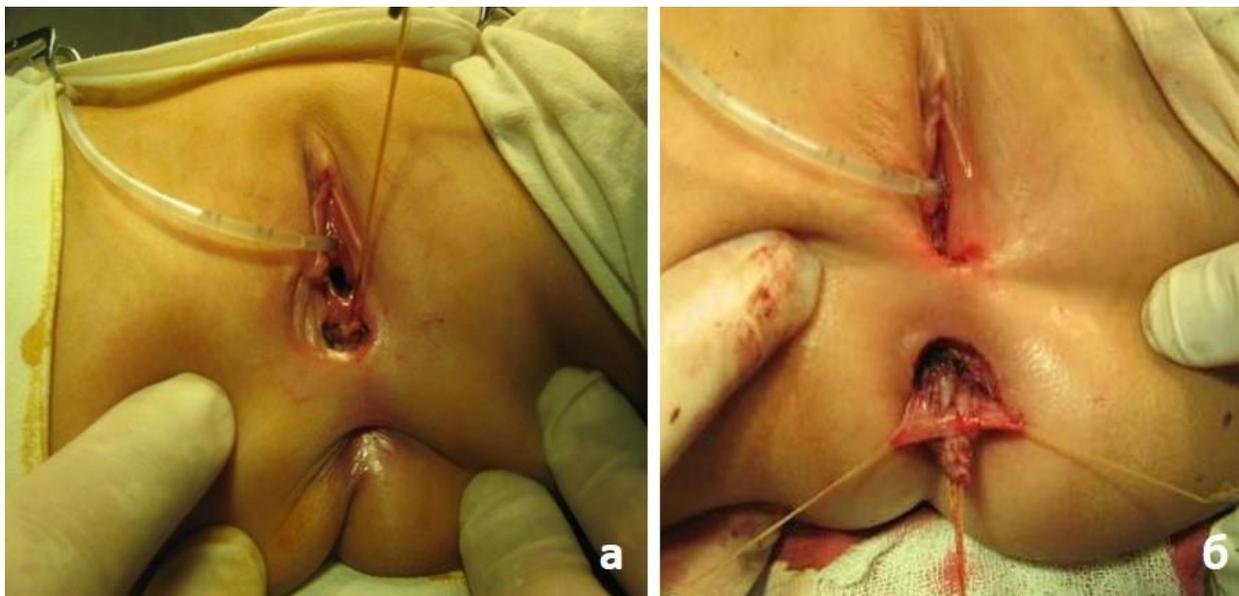


Рис. 6. Передняя реаноректопластика: а) мобилизация свища; б) стенка прямой кишки со свищом низведена за пределы анального канала.

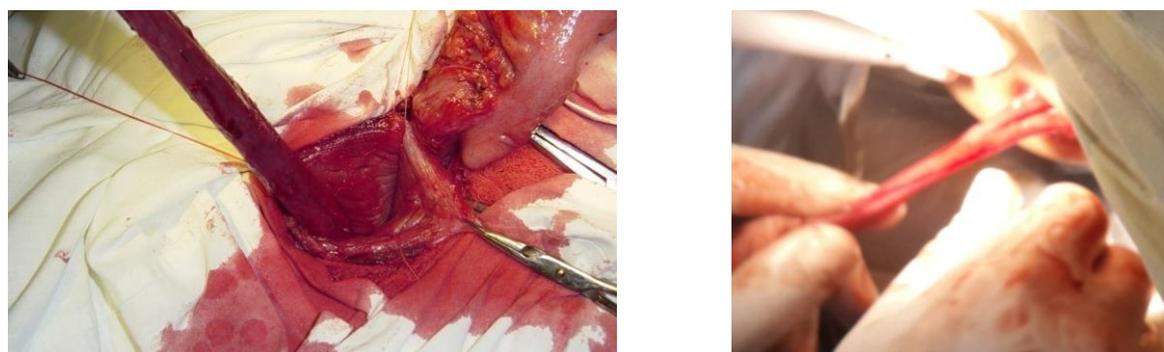


Рис. 7, 8. БПРАП: этап демуккозации прямой кишки. Фиксации низведенной прямой кишки за пределами анального кольца



Рис. 9. БПРАП: фиксации низведенной прямой кишки за пределами анального кольца.

Выводы:

1. 130 детей с рецидивами АРМ после ранее перенесенных первичных радикальных вмешательств по поводу этого порока развития. Мальчиков было 68 (52,3%), девочек – 62 (47,7%). Дети были в возрасте от 6 месяцев до 15 лет, при этом практически половину больных (61; 46,9%) повторно оперировали в возрасте до 3 лет и

только 17 (13,1%) детей были оперированы в подростковом возрасте.

2. Большие клинические группы патологии составляли 118 (90,8%) случаев, тогда как редкие/локальные формы – всего 12 (9,2%). Среди рецидивных форм АРМ преобладала вестибулярная фистула, которая имела место у 39 (30,0%) детей, тогда как у пациентов с первично выявленной АРМ, эта форма аномалии встречалась только в 14,6%. Далее по частоте встречаемости в структуре рецидивных форм АРМ занимали атрезия без фистулы (22,3%), перинеальная фистула (18,5%), ректоуретральный свищ (10,8%) и стеноз ануса (6,2%). Другие формы порока имели место в единичных случаях.

3. У детей с рецидивом заболевания имели место низкие и промежуточные формы порока, в том числе промежуточные формы (ректоуретральные свищи в бульбарную или простатическую часть уретры, клоака общим каналом менее 3-х см) – у 22 (16,9%) детей, низкие формы (перинеальный, вестибулярный свищ, Н-фистула, неперфорированный анус) – у 108 (83,1%).

Литература:

1. Антонова И.В. Частота и структура пороков развития органов мочевой и половой системы у новорожденных детей г. Омска // Педиатрия. - 2010. № 3.- С. 135-137.
2. Иванов П.В. Современные возможности хирургического лечения аноректальных пороков у детей. Автореф. дисс. канд. мед. наук. 2011. Москва.
3. Ионов А.Л., Щербак О.В. Послеоперационные осложнения в колоректальной хирургии детей. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2013; 4: 50—9.
4. Комиссаров И.А., Колесников Н.Г., Глушкова В.А. Повторные оперативные вмешательства при анальном недержании у детей. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2013; 4: 92—8.
5. Морозов Д. А., Окулов Е.А., Пименова Е.С. Российский консенсус по хирургическому лечению детей с аноректальными пороками. Первые шаги. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2013; 4: 8—14.
6. Николаев В.В., Лука В.А. Ректовагинальный синус как результат нераспознанной клоакальной мальформации. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2013; 4: 98—104.
7. Паршиков, В.В. Отдаленные результаты хирургического лечения атрезии прямой кишки и ануса у детей / В.В. Паршиков, Е.С. Кроль // Детская хирургия: научно-практический журнал / В. В. Паршиков, Е. С. Кроль. 2006. №3. с. 27-30.
8. Смирнов А.Н., Дронов А.Ф., Холостова В.В., Маннанов А.Г., Ермоленко Е.Ю. Кишечные стомы у детей: сопутствующие проблемы и пути их решения. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2013; 4: 71—84.
9. Щапов Н.Ф., Мокрушина О.Г., Гуревич А.И., Джаватханова Р.И., Левитская М.В., Шумихин В.С. Реабилитация детей раннего возраста после коррекции аноректальных пороков. Детская хирургия. 2014; 4: 16—9.
10. Amyere M., Aerts V., Brouillard P. et al. Somatic uniparental isodisomy explains multifocality of

- glomovenous malformations // Am. J. Hum. Genet. - 2013. - V. 92. № 2. - P. 188-196.
11. Bischoff, A. Bowel management for the treatment of pediatric fecal incontinence / A. Bischoff, M. Levitt, A. Pena // Pediatr Surg Int. 2009. Vol. 25. № 12. P. 1027-1042.
 12. Brockschmidt A., Chung B., Weber S. et al. CHD1L: a new candidate gene for congenital anomalies of the kidneys and urinary tract (CAKUT) // Nephrol. Dial. Transplant. - 2012. - V. 27. № 6. - P. 2355-2364.
 13. Harjai M.M., Sethi N., Chandra N. Anterior sagittal anorectoplasty: An alternative to posterior approach in management of congenital vestibular fistula // Afr J Paediatr Surg. 2013. Vol. 10, №2 P. 78-82.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЗДНИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И РЕЦИДИВОВ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ, РАЗВИВШИХСЯ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ПРОКТОПЛАСТИК

Шамсиев Ж.А., Саидов М.С., Атакулов Дж.О., Махмудов З.М.

Резюме. Актуальность. После проведенных первичных аноректопластик послеоперационные осложнения остаются высокими от 10% - 60%. По мнению различных авторов причинами высокого процента неудовлетворительных результатов являются интраоперационные ятрогенные ошибки. Обследовано 713 ребенка с аноректальными мальформациями, в том числе 130 (18,2%) – с рецидивами заболевания в различные сроки после первичного хирургического вмешательства. Из повторно оперированных больных 47 (36,2%) первично оперированы у нас, 83 (63,8%) в других клиниках. Дети поступали после выполнения наиболее популярного и наиболее часто используемого вида операции у этой категории больных – различных видов промежностной проктопластики. Выбор способа повторной хирургической коррекции сфинктерного аппарата ануса зависел от характера рецидива аноректальной мальформации. Мы использовали малотравматичные операции при рецидивах заднесагитальную и переднесагитальную реаноректопластики.

Ключевые слова: аноректальные мальформации, рецидив, дети, малотравматичные реаноректопластики.